

申込日 令和 年 月 日

水戸医療センター
地域医療連携センター

セカンドオピニオン予約申込書

F A X 029-240-7795

患者情報

セカンドオピニオン希望日

年 月 日

患者氏名	ふりがな (旧姓)	生年月日	年齢	性別
	氏名 ()	大・昭・平・令 年 月 日	歳	男・女
	住所 〒 —	電話番号 (— —) 携帯番号 (— —)		
相談者	ふりがな	患者との続柄		
	氏名			
	住所 〒 —	電話番号 (— —) 携帯番号 (— —)		
病名				
希望する診療科	科	希望医師名	無・有	医師
相談内容				
現在状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 在宅			
	医療機関・施設名 () 診療科 () 科 担当医 () 医師			
セカンドオピニオンを受けることを患者ご本人は同意している			はい ・ いいえ	
診療経過がわかる資料 (紹介状、採血結果、画像等) の有無			有 ・ 無	

【目的】 原則、ご相談のみとなります。最善と考えられる治療法を選択するため、相談をお受けしご意見を提供、今後の参考にして頂くことを目的としています。

【対象者】 ※原則、ご本人 ご本人以外の場合は「相談委託同意書」が必要になります。

【実施時間と料】 **自由診療となります。** 基本 30分以内 11,000円 追加30分まで 5,500円

【予約受付時間】 **平日 午前 9:00 ~ 午後 16:00**

【手続き】 ※「セカンドオピニオン予約申込書」と「診療情報提供書」を事前にFAX送信願います。予約日を調整し「セカンドオピニオンご予約通知票」をFAXにてお送りいたします。※ご希望日に予約が取れない場合もございます。あらかじめご了承ください。

【お問合わせ】

地域医療連携センター

T E L 029-240-7807 (直通)

F A X 029-240-7795 (直通)

* このFAXには、個人情報を含む機密情報が含まれており、水戸医療センター地域医療連携センターに送られています。もし、誤って届いた場合は破棄して頂き、お手数ですがその旨を、上記「相談者」までお知らせください。

※ 病院記入欄 受付状況

セカンドオピニオン予約日	平成 年 月 日 () 時 分
セカンドオピニオン担当科・医師名	診療科 科 医師名 医師
対象者 本人・本人以外 同意書	有・無 申込者への連絡・FAX 済・未